附件1

**2024年启颜计划——儿童早期矫治规范化诊疗项目”典型案例征集报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 案例主题 |  |
| 医疗机构名称 |  | 医疗机构类型 | □公立 □民营 |
| 医疗机构地址 |  | 医疗机构等级 |  |
| 案例负责人姓名 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| 案例联系人 |  | 手机（必填） |  |
| e-mail（常用） |  |
| **同意承诺书**本机构依照“启颜计划——儿童早期矫治规范化诊疗项目”典型案例征集活动要求提出申请，并同意主办方运用案例作为摄影、电视播放、出版及各项宣传教育、学术研究等活动，并承诺本案例所有过程、记录和数据真实、可追溯。机构盖章年 月 日 |

* 填报说明：
1. 报名表请单位盖章后上传PDF扫描件。
2. 如字段数不够，请自行增加。